

Samtyckesformulär för Cupping & Gua Sha

Informerat samtycke för cupping-terapi och Gua Sha-behandlingar med förväntningar om blåmärken

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Behandlingsdetaljer

Begärd(a) behandling(ar) *

- ☐ Torr cupping (stationär) ☐ Glidande/massage-cupping ☐ Eldcupping
☐ Gua Sha

Behandlingsområden *

- ☐ Övre rygg/axlar ☐ Nedre rygg ☐ Nacke
☐ Ben ☐ Armar ☐ Ansikte (mild cupping/Gua Sha)

Orsak till behandling *

Hälsokontroll

Är du för närvarande gravid? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Tar du blodförtunnande läkemedel? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du något av följande i behandlingsområdet?

- ☐ Solbränna ☐ Öppna sår eller bruten hud ☐ Aktiv hudinfection eller utslag
☐ Åderbråck ☐ Inget av ovanstående

Har du en blödningssjukdom? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Risker och förväntningar

Viktigt — Blåmärken är förväntade:

Cupping och Gua Sha skapar avsiktligt märken på huden. Det är en normal del av behandlingen.

Vad du kan förvänta dig:

- Cupping-märken visas som cirkulära missfärgningar från ljus rosa till djup lila
- Gua Sha-märken visas som röda, streckade petekier (små prickar)
- Märken varar normalt 3-10 dagar beroende på individ och sugnivå
- Mörkare märken indikerar mer stagnation/spänning i området
- Märken är INTE skador — de är ett terapeutiskt svar

Potentiella risker:

- Blåmärken och hudmissfärgning (förväntat)
- Mild obehag under behandling
- Blåsor (sällsynt, om suget är för starkt)
- Yrsel
- Brännskador (sällsynt, vid eldcupping)
- Tillfällig försämring av symtom

Eftervård:

- Håll cuppade områden täckta och varma i 24 timmar
- Drick mycket vatten efter behandlingen
- Undvik kallexponering, simning och intensiv träning i 24 timmar
- Cupp inte samma område förrän märken har helt försvunnit

Jag förstår att cupping och Gua Sha kommer att lämna synliga märken (blåmärken, missfärgning) som är en normal del av behandlingen och kommer att försvinna på 3-10 dagar.

Jag förstår att cupping/Gua Sha kommer att lämna synliga märken: _____

Jag har informerats om riskerna och förväntade effekterna av cupping/Gua Sha-terapi.

Jag förstår riskerna beskrivna ovan: _____

Behandlingsanteckningar

Endast för kontorsbruk

	Datum	Område	Cuppingstyp	Varaktighet
Post 1				
Post 2				
Post 3				
Post 4				
Post 5				
Post 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker till cupping- och/eller Gua Sha-terapi enligt beskrivningen. Jag förstår att synliga märken är förväntade och inte en skada. Jag har avslöjat alla hälsotillstånd och frälser utövaren från ansvar.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahölls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.